

Evaluación de resultados de la capacitación en  
promoción de la salud para personal institucional  
de los servicios estatales de salud  
en sus fases 2007 y 2008



**E**n la última década, la Secretaría de Salud desarrolló una serie de esfuerzos para fortalecer la promoción de la salud. Uno de los más importantes fue el desarrollo de capacidades del personal de salud por medio de la capacitación. A fin de determinar el nivel de avance alcanzado, esta *Evaluación de resultados de la capacitación en promoción de la salud para personal institucional de los servicios estatales de salud en sus fases 2007 y 2008* se propuso identificar los aportes más importantes de la capacitación con relación a la conceptualización, la implementación y la gestión de la promoción de la salud en los servicios estatales de salud.

La evaluación combinó métodos cuantitativos y cualitativos e incluyó ocho entidades federativas. En cuatro de ellas, el Instituto Nacional de Salud Pública concentró el mayor número de capacitados en promoción de la salud durante 2007/2008 y en las otras cuatro no realizó ninguna capacitación o tuvo baja concentración de personal capacitado. Comparativamente, en los cuatro estados intervenidos se observó una mejor conceptualización de la promoción de la salud, la participación social y los componentes del Modelo Operativo de Promoción de la Salud. La estrategia básica utilizada para el trabajo en comunidad fue la Investigación y Acción Participativa que, desde un inicio, impulsó acciones basadas en la perspectiva comunitaria. Por otra parte, la gestión presentó una tendencia a fomentar más la participación y la inclusión del personal involucrado en promoción de la salud, especialmente en el nivel jurisdiccional.

La principal recomendación que se puede hacer con base en esta evidencia es capacitar al personal de salud involucrado en promoción de la salud en los estados de acuerdo con los diversos roles que desempeñan. Así, por ejemplo, en el caso del personal de salud del nivel estatal y jurisdiccional se debe mantener y profundizar la capacitación en aspectos gerenciales; mientras que para los promotores de salud es necesario ofrecer capacitación en herramientas para la implementación de acciones de promoción de la salud destinadas a fomentar de manera preponderante la participación de la población.



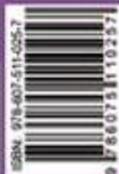
Instituto Nacional  
de Salud Pública



SECRETARÍA  
DE SALUD



Promoción  
de la Salud



ISBN: 978-607-511-025-7

9 786075 110257

Evaluación de resultados de la capacitación en  
promoción de la salud para personal institucional de  
los servicios estatales de salud  
en sus fases 2007 y 2008

RESUMEN ● EJECUTIVO

**Equipo de investigación**

Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal  
Juan Francisco Molina Rodríguez  
Jorge Martín Rodríguez Hernández  
Miguel Ángel González Block  
Lorena Elizabeth Castillo Castillo



Instituto Nacional  
de Salud Pública

**Evaluación de resultados de la capacitación en promoción de la salud para personal institucional de los servicios estatales de salud en sus fases 2007 y 2008.**

Resumen ejecutivo

Primera edición, 2012

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Avenida Universidad 655  
Colonia Santa María Ahuacatlán  
62100 Cuernavaca, Morelos, México  
[www.insp.mx](http://www.insp.mx)

ISBN 978-607-511-025-7

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Esta evaluación se realizó con recursos de la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud

Centro de Investigación en Sistemas de Salud  
Instituto Nacional de Salud Pública

Autores del resumen ejecutivo: Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal, Juan Francisco Molina Rodríguez, Jorge Martín Rodríguez Hernández, Miguel Angel González Block y Lorena Elizabeth Castillo Castillo

Coordinación editorial  
Víctor Becerril Montekio, Jacqueline Elizabeth Alcalde y Juan Francisco Molina

# CONTENIDO

Principales hallazgos y recomendaciones	5
<hr/>	
1. Antecedentes	9
<hr/>	
2. Metodología	13
<hr/>	
3. Resultados	15
3.1 Cuantitativos	15
3.1.1 En los promotores de salud	15
3.1.2 En el personal estatal y jurisdiccional de promoción de la salud	18
3.2 Cualitativos	19
3.2.1 En los promotores de salud	19
3.2.2 En el personal estatal y jurisdiccional de promoción de la salud	23
3.3 Principales conclusiones	27
<hr/>	
4. Agradecimientos	33
<hr/>	
5. Referencias	35



# Principales hallazgos y recomendaciones

## En los promotores de salud para el trabajo en comunidad

### Hallazgos

Los promotores de salud en general han desarrollado acciones de salud concertadas. No obstante, sólo los promotores capacitados por el INSP desarrollaron acciones para fortalecer el liderazgo de diversos actores de la comunidad

### Recomendaciones

- La capacitación de promotores debe dirigirse para mantener su compromiso con la comunidad y con los diferentes actores e instituciones locales. Es necesario focalizar sus acciones en el fortalecimiento del liderazgo de la comunidad; así como su capacidad para proponer intervenciones en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.
- Profundizar sus conocimientos en promoción de la salud y orientar sus acciones al desarrollo de estilos de vida que contribuyan a la corresponsabilidad en el cuidado de la salud. Es necesario distinguir entre intervenciones de promoción de la salud y aquellas dirigidas a la prevención.
- Organizar y sistematizar el trabajo del promotor de salud en las comunidades para disponer de evidencias de su acción y socializar los resultados con otros programas de salud.

### Hallazgos

El perfil del promotor de salud no se conoce con claridad en los estados, convirtiéndolo en una suerte de hacedotodo en las unidades de salud. Los promotores manifestaron inconformidad y desmotivación por no recibir el mismo trato que otros profesionales de salud en la asignación de funciones y el acceso a tecnología como internet y computadora. Destaca el escaso reconocimiento a su trabajo.

## Recomendaciones

- Definir el perfil del promotor de salud para enfrentar los retos de la salud pública estableciendo los conocimientos básicos y competencias que debe poseer para ser eficiente.
- Establecer una política de incentivos a los promotores de salud incluyendo la propuesta de profesionalización. Considerar a los promotores de salud como candidatos para la premiación anual al desempeño en los Servicios Estatales de Salud (SESA).

## En el nivel estatal y jurisdiccional

### Hallazgos

Se observó una mejor conceptualización y gestión de promoción de la salud en los profesionales de salud del nivel estatal y jurisdiccional en los estados intervenidos respecto a los estados no intervenidos. Sin embargo, el personal directivo de alto nivel conceptualiza prevención y promoción de la salud de manera similar, privilegiando la difusión de información y educación para la prevención de enfermedades. La enfermedad sigue siendo el eje de las acciones, dejando de lado el enfoque de lo saludable y los determinantes sociales de la salud.

### Recomendaciones

- Promover la formación de cuadros en promoción de la salud a nivel estatal, jurisdiccional y operativo, así como ampliar la capacitación diferenciando los temas según los roles desempeñados. La capacitación a nivel estatal y jurisdiccional debe reforzar aspectos conceptuales y de gestión.
- En el nivel operativo, en el desarrollo de habilidades y manejo de herramientas adecuadas.  
Ampliar la capacitación de promoción de la salud hacia el personal directivo de alto nivel en los estados y jurisdicciones para extender su perspectiva en el tema, sus campos de acción y reforzar su apoyo a los promotores de salud.
- Desarrollar un proceso de mercadeo social de la promoción de la salud y sus campos de acción al interior de los SESA y otras instituciones para fortalecer su comprensión y facilitar su implementación coordinada.

### Hallazgos

A pesar de que se encontró una mejor gestión de promoción de la salud en los estados intervenidos, la gestión se caracterizó por instrumentos incompletos, desorganizados y sin la claridad necesaria respecto a su utilización en el área.

## Recomendaciones

- Definir los aspectos e instrumentos básicos (organización, planificación, supervisión y evaluación) para la gestión en promoción de la salud a nivel estatal y jurisdiccional, así como los documentos que la evidencian. Definir los contenidos de los Planes Operativos Anuales de Promoción de la Salud, el Manual de Organización y Funciones por niveles, los indicadores de evaluación y los informes de supervisión. Incluir la capacidad de propuesta e intervención local en las metas estatales, además de los requerimientos del nivel central.
- Realizar procesos continuos de seguimiento de la capacitación en promoción de la salud a fin de verificar su implementación en la práctica diaria de los trabajadores de salud. Evaluar los resultados en periodos no mayores de 18 meses después de terminada la capacitación para evitar la contaminación de resultados.
- Monitorear el trabajo de promoción de la salud en las comunidades y coordinar su implementación con los promotores de salud y otros programas de salud de los SESA.

## Hallazgos

Existen insuficientes recursos para ejecutar las acciones de promoción de la salud en las comunidades.

## Recomendaciones

- Gestionar la obtención de mayores recursos para promoción de la salud en los estados asegurando más flexibilidad en su manejo a fin de responder a las necesidades locales de los equipos de trabajo y establecer mecanismos para el seguimiento a la ejecución presupuestal.



# I. Antecedentes

**E**n décadas previas a los años setenta, se observó un auge en las ciencias sociales que generó la posibilidad de replantear los paradigmas en salud, fortaleciendo así el enfoque de promoción de la salud (PS) que venía implementándose desde 1940 con los aportes de Sigerist. La promoción de la salud no es un concepto nuevo, pero como campo de acción y del conocimiento surgió a partir del Informe Lalonde (1974) y del estudio de Thomas McKeown (1976); puesto que ambos documentos señalaron la influencia de diversos campos (ambientales, sociales y los estilos de vida) en la salud de la población.

En 1986, se realizó la Primera Conferencia Internacional de promoción de la salud, de la cual surgió la Carta de Ottawa en la que se explicita a la salud, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana y define que la PS “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Posteriormente, en la Quinta Conferencia se resaltó la necesidad de “situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales y ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de PS que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud”.

En México, desde 2006 la Secretaría de Salud (SSA) ha desarrollado una serie de esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de la PS. Uno de los más importantes ha sido el desarrollo de capacidades de gestión/coordinación y operativas del personal de PS. En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, México situó la promoción de la salud como un elemento metodológico e instrumental fundamental para conseguir la democratización de la salud. Es decir; alcanzar un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo del país.

Otro aspecto relevante ha sido la conceptualización del Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), que se presentó como plataforma para la implementación de PS en los diferentes niveles del sistema de salud y en 2007 se puso en marcha el Plan de Acción Promoción de la Salud una Nueva Cultura.

No obstante, a pesar de que la promoción de la salud en México es una estrategia fundamental para enfrentar los problemas de salud pública, no ha alcanzado el desarrollo esperado. La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) identificó, en el caso de los promotores, una gran diversidad en la formación y estudios que van desde el nivel básico (primaria, secundaria) hasta licen-

ciatura y en algunos casos postgrado; limitado número de profesionales de salud formados y dedicados a promoción de la salud; escaso presupuesto asignado para la ejecución de actividades; comprensión inadecuada de promoción de la salud y preeminencia de un modelo biomédico que privilegia las acciones curativas antes que el cuidado de la salud.

Como parte del desarrollo de capacidades del personal de salud, la DGPS en convenio con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), durante 2007/2008 realizó capacitación en promoción de la salud. En este periodo, se realizó la maestría virtual en salud pública con área de concentración en promoción de la salud, se impartieron tres diplomados virtuales en liderazgo en promoción de la salud, se realizaron 14 cursos estatales para promotores de salud y se elaboraron y difundieron siete guías técnicas para promotores sobre temas prioritarios de salud (Cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**Participantes por tipo de programa, 2007-2008**

PROGRAMA	PARTICIPANTES
Maestría virtual en salud pública con área de concentración en promoción de la salud	29
Diplomado en liderazgo en promoción de la salud	117
Curso "capacitación en la práctica de la promoción de la salud con base científica"	933

Fuente: elaboración propia con información disponible en el Núcleo de Liderazgo del INSP.

En 2007, se capacitó a promotores de los estados de: San Luis Potosí, Estado de México, Morelos, Monterrey, Nuevo León y Aguascalientes. La eficiencia terminal (Gráficas 1 y 2) más alta se obtuvo en San Luis de Potosí (85%) y la más baja en Monterrey (38%).

**Figura 1**  
**Participantes acreditados y no acreditados durante el curso de actualización en Promoción de la Salud impartido en 2007 por el Instituto Nacional de Salud Pública**

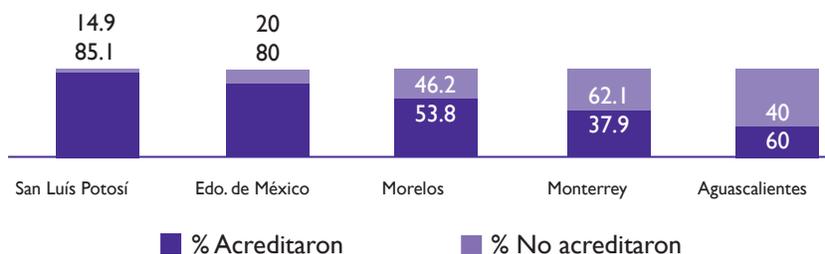
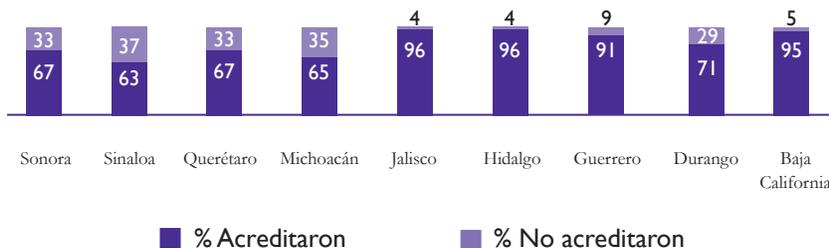


Figura 2

**Participantes acreditados y no acreditados durante el curso de actualización en Promoción de la Salud impartido en 2008 por el Instituto Nacional de Salud Pública**



Fuente: Elaboración propia

En 2008, se capacitaron promotores de salud de los estados de: Baja California, Jalisco, Guerrero, Durango, Hidalgo, Michoacán, Querétaro, Sinaloa y Sonora. La eficiencia terminal más alta se observó en el estado de Jalisco e Hidalgo (96%) y la más baja en Sinaloa (63%).

Este resumen ejecutivo tiene como objetivo presentar lo esencial de los resultados del aporte de la capacitación impulsada por la DGPS y ejecutada por el INSP a la conceptualización e implementación de la promoción de la salud en los estados.

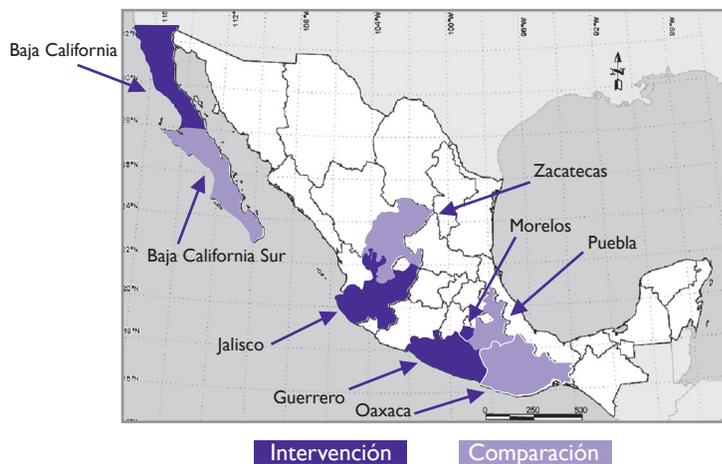


## II. Metodología

Se realizó una investigación evaluativa que combinó métodos cuantitativos y cualitativos. Se incluyeron ocho entidades federativas, dos ubicadas en la zona norte, dos en la zona centro, dos en la zona centro-occidente y dos en la zona sureste del país. De los ocho estados, se seleccionaron cuatro con el mayor número de personal capacitado por el INSP en promoción de la salud durante 2007/2008, a los cuales se les denominó estados intervenidos. Los cuatro estados restantes se seleccionaron considerando el menor número de personal expuesto a capacitación por el INSP en promoción de la salud, a los cuales se les denominó estados no intervenidos.

Para estimar el número promotores de salud a incluir en la evaluación en los estados intervenidos, se utilizó el tamaño de muestra para proporciones (230 promotores de salud). El personal de promoción de salud del nivel estatal o jurisdiccional que fue capacitado por el INSP durante 2007/2008 se incluyó en su totalidad (16 responsables). En los estados no intervenidos se buscaron promotores de salud y personal del nivel estatal y jurisdiccional con características similares a los que participaron en los estados intervenidos.

Figura 3  
Mapa de estados intervenidos y no intervenidos



A los promotores de salud se les aplicó un cuestionario y al mismo tiempo se realizaron dos grupos focales en cada estado. A los responsables de promoción de la salud del nivel estatal y jurisdiccional se les aplicó un cuestionario, una lista de chequeo y una entrevista en profundidad. Los instrumentos cuantitativos y cualitativos exploraron aspectos relacionados con la conceptualización implementación y gestión en promoción de la salud.

Los cuestionarios se capturaron en formato Excel y se transformaron al programa Stata versión 10.1, con el cual se realizó el análisis y procesamiento de la información. En primer lugar, se realizó el análisis descriptivo y posteriormente el comparativo entre estados intervenidos y no intervenidos. Como parte del análisis descriptivo se reportaron medias, medianas, porcentajes y tablas de frecuencias. Para el análisis comparativo se verificó la existencia de criterios para la comparabilidad entre grupos como número de horas de capacitación en promoción de la salud posterior al 2007/2008 y escolaridad.

Durante la exploración del análisis comparativo se observó ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre grupos según las variables observadas, excepto cuando se compararon las observaciones de promotores de salud con edad menor o igual a 50 años. Este resultado hizo que para el análisis de comparación se incluyeran únicamente las observaciones con este grupo de edad. Posteriormente se utilizaron pruebas chi cuadrada o exacta de Fisher y Kruskal Wallis.

Para las variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas (componentes transversales del MOPS y participación social) entre los grupos, se realizó un análisis múltiple por medio de una regresión logística donde la variable grupo intervenido y no intervenido se incluyó como una variable explicativa y se ajustó por las covariables edad, escolaridad, años de servicio (como variable continua) y capacitación posterior al 2007/2008.

Las entrevistas a grupos focales y las entrevistas a profundidad fueron grabadas, se transcribieron usando un procesador de textos. Posteriormente se codificaron en Atlas ti versión 6.0, según dimensiones y categorías de análisis previamente definidas (conceptualización, implementación de propuestas y gestión en promoción de la salud). Como parte del proceso de codificación se estuvo pendiente de información relevante no prevista en la evaluación, para la cual se generaron códigos abiertos. A partir de las entrevistas codificadas, se organizaron unidades hermenéuticas de promotores de salud y personal del nivel estatal y jurisdiccional en dos grupos (estados intervenidos y no intervenidos). A partir de las unidades hermenéuticas, se elaboraron reportes comparativos que consideraron las semejanzas y diferencias por categorías de análisis.

# III. Resultados

## 3.1 Resultados cuantitativos

### 3.1.1 En los promotores de salud

#### **Conceptualización en promoción de la salud**

En el análisis comparativo sobre la conceptualización en promoción de la salud se incluyeron las variables: significado del MOPS, componentes transversales y sustantivos del MOPS; determinantes sociales de la salud; promoción de la salud, estilos de vida y participación social en salud.

Respecto a los resultados del significado del MOPS, 97.5% de los promotores de salud identificaron adecuadamente esta definición; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estados intervenidos y no intervenidos ( $p\text{-value}=0.34$ ). Sin embargo, cuando se realizó el análisis por componentes se observaron diferencias marginales en el conocimiento de los componentes sustantivos ( $p\text{-value}= 0.067$ ) entre los dos grupos por lo que respecta al conocimiento del componente transversal las diferencias fueron marcadas ( $p\text{-value} < 0.01$ ), siendo mayor la proporción de respuestas correctas en los estados intervenidos.

En la conceptualización de determinantes sociales de la salud, no se observaron diferencias significativas entre los estados ( $p\text{-value}= 0.67$ ). Resultados similares se observaron en la exploración de estilos de vida saludables (consumo de agua, consumo de verduras, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, actividad física y uso de mosquiteros) donde el 98.0% reportó conocimientos adecuados tanto en los estados intervenidos como en los no intervenidos ( $p\text{-value}=0.67$ ).

En la variable que exploraba la conceptualización de procesos de participación social en salud hubo diferencias significativas entre los estados intervenidos y no intervenidos ( $p\text{-value}=0.01$ ). En los estados intervenidos, se observó un mayor porcentaje de promotores de salud que identificaron a la participación social como un concepto de ciudadanía y derechos, mientras que en los estados no intervenidos se concibió la participación desde una perspectiva utilitarista y relacionada al cumplimiento de la meta de los programas.

En relación a propuestas implementadas en promoción de la salud se identificaron intervenciones en: Entornos Saludables, Escuela y Salud, Vete Sano y Regresa Sano, Nueva Cultura en Salud, alimentación y actividad física, educación en salud y otros (cuadro 2) no se encontraron diferencias significativas entre los estados intervenidos y no intervenidos ( $p\text{-value}=0.93$ ).

Cuadro 2

**Análisis comparativo sobre conocimientos e implementación de propuestas en PS. México 2011**

Variables	Estados de Comparación		Estados Intervenido		P value
	N	%	N	%	
<b>Significado MOPS</b>					0.34 *
Incorrecto	2	4.2	3	2.0	
Correcto	46	95.8	148	98.0	
<b>Componentes sustantivos</b>					0.067 **
Incorrecto	39	81.2	104	68.9	
Correcto	9	18.8	47	31.1	
<b>Componentes transversales</b>					0.009 **
Incorrecto	42	87.5	103	68.2	
Correcto	6	12.5	48	31.8	
<b>Definición determinantes sociales</b>					0.674 **
Incorrecto	22	45.8	64	42.4	
Correcto	26	54.2	87	57.6	
<b>Conceptos en PS</b>					0.907 **
Incorrecto	7	14.6	21	13.9	
Correcto	41	85.4	130	86.1	
<b>Participación social en salud</b>					0.009 **
Erróneo	30	62.5	62	41.1	
Correcto	18	37.5	89	58.9	
<b>Estilos de Vida</b>					0.672 *
No saludable	1	2.1	3	2.0	
Saludable	47	98.0	148	98.0	
<b>Propuestas implementadas en PS</b>					0.934 **
Ninguna	2	4.2	6	4.0	
De 1 a 3	7	14.6	19	12.6	
De 4 a 6	39	81.2	126	83.4	

Fuente: elaboración propia

Notal: \*:Chi2. \*\*: Exacta de Fisher.

## Análisis múltiple

Para la variable dependiente participación social en salud, luego de realizar una regresión logística ajustando por sexo, edad, escolaridad, años de servicio y capacitación en promoción de la salud posterior al 2007/2008, con una  $p$  de 0.05, se encontró que los promotores que recibieron capacitación en promoción de la salud por el INSP en 2007/2008 tenían 2.5 veces mejor conocimiento y conceptualización de la participación social en salud frente a los promotores que no la recibieron. Dentro del modelo no se observó ninguna otra asociación estadísticamente significativa para las demás variables (Cuadro 3).

Cuadro 3

### Participación social y estados expuestos a capacitación en PS ajustado por co-variables. México 2011

Conceptos de Participación Social en Salud	OR	Valor P	Intervalo de confianza	
Grupo	2.53	0.012	1.23	5.20
Sexo	0.98	0.956	0.54	1.79
Edad agrupada	1.01	0.982	0.46	2.22
Escolaridad agrupada	1.43	0.294	0.73	2.80
Años de servicios	0.98	0.597	0.94	1.03
Capacitación en 2009	0.77	0.453	0.40	1.50

Fuente: elaboración propia.

Para la variable dependiente conocimientos en los componentes transversales del MOPS, los resultados de la regresión logística ajustando por sexo, edad escolaridad, años de servicio y capacitación en promoción de la salud posterior al 2007/2008 se encontró que los promotores que recibieron capacitación por el INSP en 2007/2008 tuvieron 3.1 veces mayor conocimiento de los componentes transversales del MOPS con respecto a los promotores que no recibieron capacitación en PS por el INSP en este mismo periodo (Cuadro 4).

Cuadro 4

**Componentes transversales del MOPS y estados expuestos a capacitación en PS ajustado por co-variables**

<b>Conceptos de Participación Social en Salud</b>	<b>OR</b>	<b>Valor P</b>	<b>Intervalo de confianza</b>	
Grupo	3.07	0.026	1.14	8.25
Sexo	2.24	0.023	1.12	4.47
Edad agrupada	1.74	0.264	0.65	4.62
Escolaridad agrupada	2.50	0.036	1.06	5.89
Años de servicios	1.01	0.801	0.95	1.06
Capacitación en 2009	1.32	0.495	0.59	2.92

Fuente: elaboración propia

Finalmente, el análisis del conocimiento de los componentes transversales del MOPS fue más alto en los hombres; 2.2 veces mejor respecto a las mujeres. En promotores de salud con escolaridad alta (técnica o superior), el conocimiento de los componentes transversales fue 2.5 veces mejor con respecto a los promotores con escolaridad baja (primaria a preparatoria) después de ajustar por sexo, edad, escolaridad, años de servicio y capacitación en promoción de la salud posterior al 2007/2008.

**3.1.2 Personal involucrado en promoción de la salud a nivel estatal y jurisdiccional**

**Gestión en promoción de la salud y resultados salariales**

El 47.1% del personal del nivel estatal y jurisdiccional elaboró al menos un plan de promoción de la salud con objetivos claramente definidos. El 26.5% de los planes disponían de actividades altamente vinculadas para el cumplimiento de objetivos, el 23.5% disponían de indicadores para la medición de objetivos, el 24.2% disponían de indicadores para medición del avance de actividades y el 23.5% habían sido evaluados en cuanto al cumplimiento de objetivos. En todos los casos, se observó un porcentaje más alto en los estados intervenidos respecto a los no intervenidos. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativa.

Con relación al personal capacitado, tanto en los estados intervenidos como en los no intervenidos se reportó haber replicado la capacitación de promoción de la salud a médicos, enfermeras, químicos fármaco biólogo, técnicos de atención primaria en salud y promotores de salud, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En cuanto a los temas que se replicaron (MOPS, Escuela y Salud, Vete Sano y Regresa Sano, Nueva

Cultura en Salud, gestión en salud y educación para la salud) no se encontraron diferencias entre ambos grupos. Finalmente, en los rangos salariales de este grupo de profesionales, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque en los estados intervenidos se observó una tendencia al incremento de salarios (Cuadro 5).

Cuadro 5

**Tendencia de salarios del personal de promoción de la salud del nivel estatal y jurisdiccional. México 2011**

Salario	Comparación (15)		Intervenido (14)		Valor P
	N	%	N	%	
Salario 2008					1.0*
De \$5,000 a \$12,000	9	52.9	8	47.1	
De \$12,001 a \$20,000	2	50	2	50	
Más de \$20,000	2	50	2	50	
Salario 2009					0.641*
De \$5,000 a \$12,000	9	60	6	40	
De \$12,001 a \$20,000	2	33.3	4	66.7	
Más de >\$20,000	2	50	2	50	
Salario 2010					0.45*
De \$5,000 a \$12,000	9	60	6	40	
De \$12,001 a \$20,000	2	28.6	5	71.4	
Más de >\$20,000	3	60	2	40	

Fuente: elaboración propia

## 3.2 Resultados cualitativos

### 3.2.1 De los promotores de salud

A continuación se presenta una serie de cuadros en los cuales se describe y compara la conceptualización de diversos temas relevantes en promoción de la salud en los estados intervenidos y no intervenidos.

## Conceptualización de promoción de la salud

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
<b>Promoción de la salud</b>	La mayoría de promotores definieron la promoción de la salud como la estrategia para construir los medios necesarios para el cuidado de su salud en interacción con la comunidad. Algunos promotores la describieron como una estrategia básicamente educativa dirigida a individuos, familia y comunidad y que adicionalmente se encarga de gestionar, coordinar, organizar y proponer actividades en pro de la salud. Reconocieron al MOPS, sus componentes transversales y sustantivos, pero sólo algunos identificaron con precisión los campos de acción en cada uno de estos.	La mayoría de promotores definieron la promoción de la salud como las acciones para brindar información a la población para el autocuidado de la salud individual, familiar y comunal, de modo que sea consciente y se responsabilice de su salud. Enfatizaron que el fin principal es la prevención de enfermedades. En relación con MOPS, la mayoría no tienen un manejo conceptual adecuado del mismo y desconocen sus componentes.
<b>Participación social</b>	La mayoría la definió como el medio más importante para lograr resultados sanitarios sostenibles que están en riesgo de no cumplirse cuando la comunidad no participa. Mencionaron que se debe impulsar la participación social desde la identificación de prioridades de salud.	La mayoría de los promotores la definieron como el trabajo con la comunidad a partir de las prioridades identificadas previamente por el personal de salud o en conjunto con los comités de salud.
<b>Estilo de vida</b>	La mayoría conceptualizó al estilo de vida como la forma de vida de los individuos y que los hace proclives a la salud o al deterioro de la misma.	La mayoría de los promotores definen el estilo de vida como el cambio de rutina para lograr un estado físico y emocional estable o una vida saludable.
<b>Autocuidado</b>	La mayoría definió al autocuidado como la conducta que deben desarrollar los individuos y las familias para que de manera consciente y según su edad, género y riesgos, se involucren en acciones para el cuidado de la salud individual y familiar.	La gran mayoría de promotores la define como el cuidado de la salud personal, de la familia y del entorno para prevenir enfermedades.
<b>Cambio de comportamiento</b>	La totalidad de los promotores manifestaron que es un cambio de conducta que se logra con base en capacitaciones, orientación o educación. Es decir, cuando se ayuda a una persona o a la comunidad a adquirir nuevos hábitos para estar sano.	La mayoría la definió como la acción de concientizar a las personas, orientarlas para crear una nueva cultura para que la gente actúe de forma diferente y positiva en cuanto a la salud; es decir que cambie su estilo de vida.
<b>Entorno saludable</b>	Todos los promotores reconocieron que se refiere al ambiente sano en el cual la gente puede desarrollar su potencial de forma óptima y tener una vida saludable. Se señaló que el entorno influye de manera importante en la salud o en la aparición de enfermedades. Por otro lado, se resaltó que los entornos saludables son responsabilidad del individuo, de la comunidad y del municipio.	La totalidad de los promotores de salud lo definieron todo lo que nos rodea, el lugar donde la gente vive, convive y realiza sus actividades con seguridad e higiene y no se pone en riesgo la salud ni la vida.

## Implementación de la promoción de la salud

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
<b>Acciones en promoción de la salud</b>	Se resaltaron intervenciones en Escuela y Salud, Vete Sano y Regresa Sano, Patio Limpio, Salud bucal y Entornos Saludables, promoción de una alimentación saludable y dengue. Algunos promotores de salud indicaron intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar, promoción de la actividad física, embarazo saludable, prevención de accidentes y prevención de adicciones, entre otros. Destacan la Investigación y acción participativa (IAP) como la metodología principal en sus intervenciones en la comunidad.	Todos los participantes mencionaron que implementaron acciones en Patio Limpio, espacios libres de humo de tabaco, actividad física en las escuelas para evitar sobre peso y obesidad, salud bucal, Entornos Saludables. Destacan el desarrollo de talleres para enseñar a la comunidad a prevenir enfermedades. Además mencionaron que para el trabajo en comunidad es importante respetar los usos y costumbres de la población. La mayoría de promotores manifestaron no conocer la IAP.
<b>Estrategias para promover la participación social</b>	En primer lugar se identificaron los grupos organizados en su ámbito de responsabilidad (comités de salud, líderes de la iglesia, grupos de ayuda mutua, grupos del programa oportunidades, escuelas, grupos de padres de familia y profesores). De manera general, los promotores mencionaron la realización de talleres en diferentes temas de salud para motivar la participación de los grupos en la promoción de conductas saludables. Se desarrollaron planes con participación de la comunidad y algunas intervenciones como: ferias de salud, limpieza de colonias, concurso de talentos, limpieza de escuelas, la carrera por la salud, pintado de bardas, entre otros.	Se señaló como primordial el inicio de una buena relación con los líderes de la comunidad. Después se mencionó como los más usual la coordinación de acciones de salud con la comunidad, por ejemplo: apoyar en el diseño de material educativo (trípticos, perifoneo, bardas y otros). También realizaron talleres de capacitación, reuniones con líderes, desfiles, organización de eventos, ferias de salud entre otros. Sin embargo, algunos participantes señalaron que para que la población participe se debe “obligar un poco más su participación”, estos promotores solicitaron mayor capacitación para el trabajo en comunidad.
<b>Inter-sectorialidad</b>	El rol que han desarrollado las instituciones ha variado desde intervenciones educativas para promover el autocuidado de la salud hasta el fortalecimiento con recursos humanos, materiales y financieros. Casi todos los participantes refirieron involucrar en sus propuestas a diferentes actores como la perrera municipal y el ayuntamiento para combatir el dengue. Se trabajó con los ayuntamientos la estrategia de Entornos Saludables como escuelas para la salud y comunidades saludables. También se trabajó coordinadamente con la iglesia, la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Consejo Estatal Contra las Adicciones, empresas cementeras y Cruz Roja.	En las intervenciones implementadas en promoción de la salud se involucraron al IMSS, SEDESOL, SEP, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), DIF, la sociedad protectora de animales, Derechos Humanos y autoridades locales. Las acciones que desarrollaron en forma conjunta fueron descacharrización de patios, identificación violencia familiar, traslado de mujeres embarazadas frente una emergencia, alcoholismo, desparasitación de niños. En las escuelas se realizó detección de agudeza visual, auditiva y postural, vigilancia de caries, alimentación y nutrición adecuada.

## Análisis del contexto para la implementación de la PS en los estados desde la perspectiva del promotor de salud

Facilitadores	Limitantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El apoyo de algunos coordinadores estatales y jurisdiccionales de promoción de la salud al trabajo del promotor y el reconocimiento de instituciones del nivel local.</li> <li>• El interés de la comunidad para involucrarse en diversas acciones para el cuidado de su salud, y el aprecio y reconocimiento de ésta al trabajo del promotor de salud.</li> <li>• La capacitación en promoción de la salud que les ayudó a mejorar su desempeño y su trabajo en comunidad.</li> <li>• Disponer de grupos de población claramente identificados en los servicios de salud y en el ámbito de responsabilidad del promotor de salud que facilitó la coordinación con los líderes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La totalidad de promotores identificaron como principal limitante la falta de reconocimiento a su trabajo por el personal directivo de los SESA. Señalaron que el promotor se ha convertido en el "hacelotodo" en las unidades de salud que esta conduciendo a la migración permanente de promotores a otro código profesional.</li> <li>• La totalidad de promotores identificó escasez de recursos para promoción de la salud, lo cual se expresó en falta de material para el trabajo en comunidad; no disponibilidad de movilidad; falta de un espacio físico para el trabajo del promotor; difícil acceso a computadora, impresora, fotocopidora, cañón, teléfono e internet.</li> <li>• Los materiales educativos que se distribuyen desde el nivel federal generalmente llegan a destiempo y en cantidades insuficientes.</li> <li>• Promotores de salud no participan en los estímulos al desempeño para los trabajadores de salud.</li> <li>• Apatía en algunas comunidades, autoridades locales e instituciones que no permiten la acción concertada e inter-institucional y limitan la labor del promotor en promoción de la salud.</li> <li>• La publicidad excesiva que no facilita la adopción de estilos de vida saludables en las comunidades y especialmente en los niños.</li> </ul>

### Sugerencias de los promotores de salud

- Todos los promotores de salud sugieren y demandan su profesionalización como una alternativa para el reconocimiento de su labor y posicionamiento de la PS en el sector salud.
- Designar presupuesto específico para promoción de la salud a nivel estatal y jurisdiccional, de modo que, se facilite a los promotores movilidad, materiales, equipos y un espacio de trabajo donde pueda tener acceso a computadora, impresora, fotocopidora, teléfono e internet.
- Capacitación continua a los promotores en temas de promoción de la salud, estrategias de trabajo en comunidad y otros programas de salud.
- Definir el perfil del promotor de salud e incrementar el número de promotores en las unidades de salud para cumplir su trabajo con suficiencia.
- Homologar salarios y contratos más permanentes para los promotores de salud así como implementar un sistema de registro para sus actividades con la finalidad de incluirlos en los programas de incentivos al desempeño.
- Capacitar a los directivos y otros profesionales de salud para lograr una real comprensión de la promoción de la salud y apoyar el trabajo de los promotores de salud.

### 3.2.2 En el personal del nivel estatal y jurisdiccional en promoción de la salud

#### Conceptualización en promoción de la salud

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
<b>Promoción de la salud</b>	<p>La totalidad de los participantes la definieron como aquella que proporciona a la población los medios necesarios para cuidar su salud y reconocen como sus estrategias básicas la educación para la salud y la participación comunitaria.</p> <p>Perciben confusión en la conceptualización entre prevención y promoción de la salud en los trabajadores de salud.</p> <p>La mayoría identificaron y definieron los componentes transversales y sustantivos del MOPS con claridad; definieron a la IAP como la metodología que permite la intervención conjunta entre servicios de salud y comunidad, como la base de su intervención en comunidad.</p>	<p>La mitad de participantes la definieron como la estrategia para proporcionar a la población los medios necesarios para el cuidado de su salud. La otra mitad la definieron como el conjunto de acciones para lograr servicios de salud oportunos y prevenir enfermedades.</p> <p>La mayoría identificaron los componentes sustantivos y transversales del MOPS. La mitad de entrevistados no conocen a IAP como metodología para el trabajo en comunidad.</p>
<b>Participación social</b>	<p>Se orientó a involucrar a la población de manera consciente y voluntaria en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. Señalaron que la participación social en salud logra su máxima expresión cuando la gente adquiere la capacidad de exigir sus derechos en salud.</p>	<p>La mayoría mencionó que la participación social significa involucrar a la comunidad para la prevención de enfermedades, tomar decisiones para mejorar la salud y fomentar la corresponsabilidad del cuidado de la salud.</p>
<b>Estilo de vida</b>	<p>Todos los entrevistados lo consideraron como un conjunto de hábitos favorables y/o desfavorables para la salud.</p>	<p>Los participantes consideraron que son acciones que desarrolla la población para mejorar su salud. Mencionaron también estilos de vida negativos.</p>
<b>Autocuidado</b>	<p>La mayor parte indicó que es la conducta que desarrolla un individuo para tener una buena salud y prevenir enfermedades. Para que la población desarrolle conductas de autocuidado es necesario desarrollar la autoestima y disponga de información de salud.</p>	<p>Algunos participantes se refirieron que son actitudes y conductas para la prevención de enfermedades; otros señalaron que son conductas que ayudan a mejorar las condiciones de vida.</p>
<b>Entorno saludable</b>	<p>En su mayoría mencionaron que un entorno saludable consiste en disponer de un espacio que facilite la salud y no la enfermedad. Identificaron como entornos la vivienda, la escuela, los ambientes de trabajo, la vía pública, los parques y jardines, las comunidades y los municipios.</p>	<p>La mayoría señaló que es todo lo que les rodea y que es saludable o favorable a la salud cuando tiene las condiciones adecuadas para que no se desarrolle la enfermedad. Dentro de los entornos se pueden ubicar la vivienda, la escuela, la calle y otros espacios públicos.</p>

## Implementación de promoción de la salud

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
<b>Proyectos liderados en promoción de la salud</b>	La mayoría destacó la realización de proyectos en Escuela y Salud, Vete Sano y Regresa Sano, Patio Limpio, Salud Bucal, Entornos Saludables; Planificación Familiar; promoción de una alimentación saludable, dengue, seguridad, prevención de violencia, accidentes y adicciones, entre otros. La característica principal en la ejecución fue que ésta se desarrolló de manera organizada y concertada con el ayuntamiento.	Se desarrollaron proyectos con el ayuntamiento, los centros de salud y las organizaciones comunitarias en saneamiento básico, Entornos Saludables, mortalidad materna, alimentación correcta, activación física, prevención de abuso sexual, prevención de violencia, acciones preventivas contra enfermedades bucales, técnica de cepillado, higiene personal.
<b>Estrategias para promover la participación social</b>	<p>Se realizaron asambleas municipales y comunitarias para elaborar diagnósticos e identificar prioridades en salud.</p> <p>Se realizaron talleres para el levantamiento de información sobre las necesidades de salud de la población.</p> <p>Se destacó en un estado la firma de acuerdos entre el municipio y la empresa privada, considerando principalmente los requerimientos de la población.</p> <p>Se capacitó a comités de salud para la identificación del embarazo con complicaciones.</p>	<p>Se trabajó en la conformación y capacitación de comités locales a través de talleres en los que participó la comunidad en general.</p> <p>Se proporcionó información sobre las funciones del comité, la necesidad de disponer de un diagnóstico situacional, los diversos programas de promoción de la salud y las obligaciones del ayuntamiento.</p> <p>En algunos estados formaron agentes y procuradoras de salud.</p> <p>Las acciones se planificaron considerando el calendario epidemiológico.</p>
<b>Intersectorialidad</b>	<p>Se trabajó con las secretarías y subsecretarías del municipio el tema de patio limpio.</p> <p>Para el rescate de espacios públicos, se realizaron acciones conjuntas con el DIF, instituciones educativas, la Universidad, CONALEP, SEDESOL, ISSSTE regidurías de educación y de salud, Instituto del Deporte y la SEP.</p> <p>En el tema de adicciones se ha trabajado con Seguridad Pública, Centro para la Atención de las Adicciones, Registro Civil, Club de Leones, Club Rotario, organizaciones civiles, organizaciones no gubernamentales y otros.</p>	Se trabajó con diversos comités en temas prioritarios de salud para los SESA y reconocieron que la experiencia de la acción intersectorial fue favorable porque ayudaron a implementar diversos programas y acercarse a los objetivos. Las instituciones y grupos con los que trabajaron fueron: ISSSTE, SEP, SEDESOL, COESPO y COESDE (Comisión Estatal del Deporte), comité materno infantil, comité epidemiológico, comités de salud y ayuntamientos y otros.

## Gestión en promoción de la salud

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
<b>Planificación</b>	<p>Para elaborar el plan de promoción de la salud del nivel estatal se convocó a reuniones a responsables jurisdiccionales y encargados de programas de promoción de la salud. Los planes se elaboraron según indicaciones de la DGPS. Sin embargo, la mayoría de los estados señalaron que estos no responden a las necesidades locales, sino más bien a metas establecidas desde el nivel federal que se estiman en función al presupuesto disponible sin consideran el aporte local.</p>	<p>La totalidad de los entrevistados del nivel estatal mencionaron que los planes anuales se elaboraron según metas establecidas desde el nivel federal; y los del nivel jurisdiccional señalaron que las metas de los planes fueron establecidas por el nivel estatal. Tanto los responsables estatales como jurisdiccionales reconocieron que las metas establecidas responden básicamente al presupuesto disponible para cada estado y que éstas no se pueden modificar.</p>
<b>Organización</b>	<p>A nivel estatal se destacó la presencia de un responsable de promoción de la salud, de un responsable por cada programa (Escuela y Salud, Entornos y Comunidades Saludables, Nueva Cultura y Vete Sano y Regresa Sano) y un apoyo administrativo. En las jurisdicciones la organización dependió del tamaño de la jurisdicción y de la disponibilidad de personal. Los responsables de promoción de la salud estatales y jurisdiccionales realizan acciones de coordinación y gestión; las acciones operativas las ejecutan los promotores de salud. En todos los estados no se observó la existencia de un manual de organización y funciones (MOF).</p>	<p>Tienen un responsable de promoción de la salud y responsables de programas y en algunos casos un apoyo administrativo. También existen responsables de promoción de la salud jurisdiccionales. Tanto los responsables a nivel estatal como jurisdiccional realizan funciones de gestión y los promotores de salud se encargan del trabajo en comunidad. No se observó disponibilidad del MOF en promoción de la salud a nivel estatal ni jurisdiccional. Muchos no recuerdan el MOF del nivel federal.</p>
<b>Trabajo en equipo</b>	<p>Casi todos los entrevistados manifestaron que realizaron reuniones periódicas con los responsables de promoción de la salud jurisdiccionales y otros trabajadores de salud para coordinar y ejecutar las acciones en promoción de la salud. Los responsables estatales señalaron que en algunas reuniones participaron también promotores de salud. Los responsables jurisdiccionales manifestaron realizar reuniones con los promotores de salud y como parte del fortalecimiento al trabajo en equipo, se resaltó la capacitación a personal de nuevo ingreso. La capacitación se orientó a fortalecer conocimientos en temas de promoción de la salud.</p>	<p>La mayoría de participantes del nivel estatal y jurisdiccional mencionaron que desarrollaron acciones de coordinación con los integrantes del equipo de promoción de la salud. No obstante, la mayoría de los promotores de salud manifestó que sólo se les informa sobre las cosas que deben hacer y nunca han participado en reuniones para tomar acuerdos en el área.</p>

## Gestión en promoción de la salud

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
<b>Toma de decisiones</b>	Casi todos los informantes coincidieron en que la toma de decisiones importantes se realizó con participación de los integrantes del equipo de promoción de la salud del estado y las jurisdicciones. Cuando las decisiones fueron urgentes las asumió el responsable de promoción de la salud estatal o jurisdiccional. Para la implementación de acciones en promoción de la salud, se reunieron con los promotores de salud para revisar sus propuestas y decidir el proceso de ejecución.	Casi todos los entrevistados del nivel estatal mencionaron que para tomar decisiones en promoción de la salud lo consultan con su equipo de trabajo y con las jurisdicciones. No obstante, muchos participantes del nivel jurisdiccional refirieron que casi nunca se les consulta sobre las acciones que se van a realizar en el estado. Señalaron que las decisiones de las acciones a ejecutar generalmente las determina el responsable de PS según la disponibilidad de presupuesto.
<b>Evaluación y monitoreo</b>	Casi todos los informantes mencionaron que los indicadores de evaluación en promoción de la salud vienen estructurados desde el nivel federal, estos indicadores forman parte de la evaluación caminando a la excelencia y se evalúan de forma mensual o trimestral. La mayoría señaló que se dispone de la evaluación de estos indicadores por cada unidad, jurisdicción y a nivel estatal. Para realizar la evaluación anual se convocó a personal involucrado en promoción de la salud del nivel estatal y jurisdiccional.	Todos los planes operativos de promoción de la salud disponen de indicadores de evaluación, estos corresponden a indicadores incluidos en Caminando a la Excelencia, mismos que fueron propuestos desde el nivel federal. Algunos mencionaron que el proceso de evaluación se realizó en periodos trimestrales o bimestrales, para lo cual se convocó a responsables de jurisdicciones y promotores de salud.

## Análisis del contexto para la implementación de la PS desde la perspectiva del personal del estatal y jurisdiccional

Facilitadores	Limitantes
<p>La presencia de coordinadores con capacidades gerenciales y conocimiento adecuado de promoción de la salud favoreció un ambiente laboral adecuado para el trabajo en equipo, el involucramiento de otros programas, la implementación de acciones y el cumplimiento de objetivos. Por otro lado, la capacitación a responsables de promoción de la salud jurisdiccionales facilitó la coordinación y apoyo al trabajo de los promotores de salud.</p> <p>La disponibilidad y compromiso de los promotores de salud para realizar el trabajo en comunidad.</p> <p>Apoyo de los ayuntamientos, autoridades, instituciones locales, trabajadores de salud y la participación de líderes de la comunidad que permitieron ejecutar diversas acciones y proyectos en diferentes localidades.</p>	<p>Inadecuado conocimiento y conceptualización de promoción de la salud por el personal directivo del nivel estatal y jurisdiccional, de tal forma que consideraron como tarea principal del área distribuir trípticos, volantes y organizar eventos de los SESA.</p> <p>El trabajo operativo de promoción de la salud lo realiza únicamente el promotor de salud, otros profesionales de salud como médicos y enfermeras se resisten al trabajo en comunidad.</p> <p>A pesar del incremento de recursos para promoción de la salud su disponibilidad es aún insuficiente. Por otro lado las partidas presupuestales no permitieron el manejo flexible del presupuesto según necesidades de los estados y jurisdicciones. Esta problemática se expresó en falta de materiales para el trabajo en comunidad.</p>

Continúa...

Continuación...

Facilitadores	Limitantes
<p>La convocatoria de proyectos de Comunidades Saludables, que dinamizó la participación de los ayuntamientos y la sociedad civil para el logro de los objetivos en temas de salud prioritarios para el ámbito y ha hecho visible el interés por mejorar la salud desde una perspectiva concertada.</p>	<p>La metas impuestas desde el nivel federal que no responden a las necesidades locales y que no han permitido flexibilizar los planes de promoción de la salud según la capacidad de respuesta de los estados, prima el criterio de disponibilidad de recursos asignados desde el nivel central.</p>
<p>Mayor impulso de promoción de la salud liderado por la DGPS durante los últimos cuatro años, que permitió mayor disponibilidad de fondos en comparación con periodos anteriores. Por otro lado la DGSP facilitó la implementación de propuestas innovadoras.</p>	<p>Limitado conocimiento e intervención de los ayuntamientos en los determinantes de la salud y débil apoyo de algunos presidentes municipales a las acciones de promoción de la salud.</p>

#### Sugerencias

<p>Capacitar al personal directivo del nivel estatal, jurisdiccional y responsable de programas en promoción de la salud con la finalidad facilitar un marco conceptual más amplio, comprender sus campos de acción y su contribución a la salud individual, familiar y comunitaria.</p>
<p>Impulsar la licenciatura en promoción de la salud y buscar la profesionalización de los promotores de salud, esta estrategia puede contribuir al reconocimiento del equipo, al reconocimiento de la labor del promotor de salud; así como motivar su desempeño.</p>
<p>Continuar con la capacitación y fortalecimiento de capacidades de promotores de salud para ejecutar su trabajo en comunidad, incluir a aquellos con mejor desempeño en la política de incentivos al personal de salud y considerar el incremento de contratación de promotores de salud.</p>
<p>Incrementar el presupuesto de promoción de la salud y ofrecer mayor flexibilidad para el manejo de recursos según necesidades de cada estado y/o jurisdicción.</p>

## 3.3 Principales Conclusiones

### 3.3.1 A nivel de promotores de salud

En los estados intervenidos, la mayoría de promotores de salud definió la promoción de la salud como una estrategia cuya base es la participación de la comunidad y su objetivo primordial el cuidado de la salud. En este sentido, se destacó la capacidad de la población y de la comunidad para decidir sobre los cambios que libremente quiere implementar a nivel individual, de la familia y de la comunidad para cuidar su salud. Esta forma de concebir la promoción de la salud se convirtió en el eje de su intervención y establecieron una relación más horizontal entre los servicios de salud y la población. En cambio, en los estados no intervenidos la promoción de la salud se concibió como una estrategia educativa por tanto, una responsabilidad de los SESA destinada a mejorar las capacidades de la comunidad para la prevención de enfermedades.

En la conceptualización de la participación social en salud, los estados intervenidos la definieron como un concepto de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud y señalan que el promotor es un facilitador del proceso de participación, mientras que el liderazgo está en manos de la comunidad. En los estados no intervenidos, se la concibió como estrategia principal para el cumplimiento de metas y objetivos de los programas de salud bajo el liderazgo del promotor u otros trabajadores de salud. Esta forma de concebir la participación social la posiciona en una perspectiva utilitarista en donde la participación es el medio para lograr resultados determinados por los servicios de salud, las diferencias en este concepto fueron cuantitativas y cualitativas.

Estas diferencias en la conceptualización de promoción de la salud y participación social en los estados intervenidos y no intervenidos han implicado diferencias en la forma de intervención. Los estados intervenidos enfatizaron su intervención en el fortalecimiento de capacidades de los líderes comunitarios para la identificación de prioridades según la percepción de los actores locales y la propia comunidad, lo que facilitó el interés de los actores locales, estableció procesos de negociación más horizontales y motivó la participación. La comunidad dejó de ser el objeto de la intervención para ser sujeto con capacidad de propuesta y capaz de marcar la agenda sanitaria de su comunidad. En los estados no intervenidos la intervención se centró en proporcionar información y educación para la salud de los diferentes programas de salud con el objetivo de evitar enfermedades y alcanzar las metas sanitarias, privilegiando así la intervención desde una perspectiva preventiva. Sin embargo, una minoría de promotores también desarrolló propuestas para mejorar las capacidades de la comunidad en temas de priorización de problemas de salud local y desarrollo de proyectos concertados con otros actores.

En el caso del MOPS, en los estados intervenidos los promotores de salud en su mayoría reconocieron los componentes transversales y sustantivos; mientras que en los estados no intervenidos la mayoría de promotores no lo hicieron. El análisis de las áreas de intervención al interior de los componentes mostró que los promotores de salud de los estados intervenidos cuentan con mejor conocimiento. No obstante, estas diferencias fueron estadísticamente significativas en el caso de los componentes transversales (mercadotecnia social, abogacía evidencias para la salud). Es decir que los promotores de salud de los estados intervenidos identifican y definen los componentes transversales del MOPS con mayor claridad en comparación con los de los estados no intervenidos.

Respecto a la IAP, en los estados intervenidos los promotores de salud la definieron adecuadamente y se ha convertido en una metodología básica para el desarrollo de intervenciones en promoción de la salud. En los estados no intervenidos, la mayoría de promotores de salud no conocieron esta metodología, manifestaron que han oído hablar de ella y están interesados en conocerla para el desarrollo de su trabajo en comunidad.

Se observó una adecuada conceptualización tanto en los estados intervenidos como en los no intervenidos en los temas de: cambio de

comportamiento, estilos de vida y entornos saludables. En relación a proyectos liderados en PS por los promotores de salud, no se encontraron diferencias en el número de proyectos y en la temática de abordaje (Patio limpio, Escuelas Saludables, Entornos Saludables, Vete Sano y Regresa Sano, alimentación saludable, actividad física, higiene personal, educación sexual, salud materna entre otros). Algunos aspectos que pueden explicar esta ausencia de diferencias están relacionados con la reciente capacitación que recibieron los estados no intervenidos en temas de promoción de la salud, los procesos de seguimiento y acompañamiento a la temática impartida en el 2007/2008 por el INSP no fueron rigurosos y por supuesto los cambios constantes en el personal de promoción de la salud a nivel estatal y jurisdiccional.

A pesar de que no existieron diferencias en el número de propuestas y la temática desarrollada, se observó que la metodología usada para la implementación de propuestas en los estados intervenidos fue la IAP y en los estados no intervenidos no se destacó este tipo de metodología. En los estados intervenidos el promotor tiene como objetivo desarrollar proyectos sostenibles con participación de la comunidad desde el inicio; en cambio en los estados no intervenidos se realiza desde una perspectiva educativa en el entendido que la meta es la conducta saludable y la prevención de la enfermedad.

Es importante señalar que, desde la perspectiva cuantitativa, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estados cuando se analizaron las variables observadas y se incluyeron los promotores de salud de todas las edades. En cambio cuando se realizó el análisis en promotores de salud de menos de 50 años de edad, se observaron diferencias en la conceptualización del MOPS y participación social. Estos resultados pueden servir de evidencia de que capacitación se optimiza cuando se incluyen promotores de salud de menos de 50 años.

Finalmente, a pesar que no fue un objetivo de la evaluación incidir en aspectos relacionados con el entorno laboral del promotor de salud, es necesario destacar la percepción de la totalidad de promotores sobre la falta de reconocimiento a su labor por el personal directivo y otros trabajadores de salud, aspecto que desmotiva su trabajo. En este sentido, se resaltó de manera unánime la necesidad de proponer una licenciatura en promoción de la salud y la profesionalización del promotor de salud.

Otro aspecto notable para la desmotivación del trabajo del promotor de la salud es la percepción del trato diferenciado de otros trabajadores de salud. Señalaron al respecto la inaccesibilidad del promotor de salud a tecnología como computadora, impresora, teléfono e internet; así como falta de un espacio físico en las unidades de salud para preparar los materiales para su trabajo en comunidad y la no inclusión de los promotores a la premiación por su desempeño de forma similar que otros trabajadores de salud.

### 3.3.2 A nivel de los responsables de promoción de la salud estatal y jurisdiccional

En relación con la conceptualización de promoción de la salud, en los estados intervenidos la totalidad del personal entrevistado la definió como “la estrategia encargada de proporcionar a la población los medios necesarios para el cuidado de su salud”; en lo cual subyace el concepto del empoderamiento de la comunidad. En los estados no intervenidos esta conceptualización se observó en la mitad de los entrevistados y los otros orientaron sus conceptos hacia acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad. Personal de los estados intervenidos resaltaron la necesidad de diferenciar los conceptos de prevención y promoción de la salud e insistieron que el personal directivo de alto nivel en los estados y jurisdicciones los maneja como conceptos similares.

En relación con el concepto de participación social, los promotores de salud en los estados intervenidos la definieron como la estrategia para mejorar la ciudadanía y ejercer sus derechos en salud, de forma que se establezca una relación más horizontal entre los servicios de salud y la comunidad para optimizar su capacidad de contribuir al cuidado de su salud. En los estados no intervenidos, el concepto de participación se orientó hacia el cumplimiento de la meta para la prevención de la enfermedad y la educación en salud.

Respecto a la conceptualización y conocimiento de MOPS y IAP no se encontraron diferencias en ambos tipos de estados, sin embargo en los estados intervenidos se observó una mejor descripción de la implementación de la IAP. En los temas de cambio de comportamiento, estilo de vida saludable entornos saludables y autocuidado no se observaron diferencias conceptuales.

En relación con los proyectos ejecutados en promoción de la salud, no se encontraron diferencias en cuanto a la temática de abordaje en ambos grupos de estados, las propuestas se desarrollaron en Entornos Saludables, Patio Limpio, Escuela y Salud, Vete Sano y Regresa Sano, Nueva Cultura en Salud, alimentación y actividad física, Maternidad Segura y Saludable. En ambos grupos se involucró a instituciones y actores del nivel local (instituciones y organizaciones de la sociedad civil) para la ejecución de proyectos y acciones. Sin embargo, en los estados intervenidos utilizaron la IAP como estrategia metodológica para su trabajo en comunidad y de manera particular en los proyectos relacionados con Entornos y Comunidades Saludables.

En relación con la gestión en promoción de la salud, en los estados intervenidos se observó mayor convocatoria a la participación de responsables jurisdiccionales y promotores de salud para el trabajo en equipo y la toma de decisiones, tanto en el nivel jurisdiccional como estatal. Al mismo tiempo se observó mayor preocupación por fortalecer las capacidades de los responsables de promoción de la salud jurisdiccionales y operativos. Esto se expresó en el mayor número de horas de capacitación en el tema como efecto de las réplicas. En los estados no intervenidos se observó disponibilidad para convocar al

equipo de promoción de la salud a nivel estatal, pero no se observó esta misma disponibilidad en el nivel jurisdiccional.

En relación con el Plan de Promoción de la Salud, se observó una tendencia que evidenció mejor integración del plan en los estados intervenidos, en los ítems que cualificaban calidad, contenidos, formulación de objetivos y definición de indicadores. En cuanto a los Planes de Mejoramiento Continuo, los resultados fueron pobres, tanto en los estados intervenidos como en los no intervenidos. No se observaron diferencias entre ambos grupos de estados en relación a la organización estatal y jurisdiccional de promoción de la salud, existencia de MOF, evaluación y monitoreo del plan y promoción del puesto. En ambos grupos de estados se señaló de manera particular la limitada flexibilidad de los planes y que las metas respondían a requerimientos del nivel federal según la disponibilidad presupuestaria del programa para cada estado. Sugieren de manera unánime considerar la capacidad estatal instalada del sector y de otras instancias para el establecimiento de metas de promoción de la salud, así como las necesidades de cada estado y el aporte de las autoridades locales.

Un aspecto que facilitó el desarrollo de propuestas de intervención en promoción de la salud en ambos grupos de estados fue la participación de diferentes instituciones, el interés de los gobiernos locales, la existencia de fondos concursales para proyectos de comunidades saludables a nivel federal y la participación de la comunidad. No obstante la principal dificultad encontrada fue el poco reconocimiento al trabajo del promotor de la salud que desmotiva su trabajo y en consecuencia la búsqueda constante de cambio de código profesional.



# Agradecimientos

A la Dirección General de Promoción de la Salud por la confianza en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud para realizar la evaluación. Se agradece el apoyo de los servicios de estatales de salud de Morelos, Puebla, Guerrero, Oaxaca, Baja California, Baja California Sur, Jalisco y Zacatecas para la realización de cuestionarios y entrevistas a personal involucrado en promoción de la salud. Por último, extendemos nuestro agradecimiento al equipo de investigación que estuvo conformado por Jorge Martín Rodríguez Hernández, Rosa Laura Baltazar García, Oscar Uriel Torres Paéz, Rolando Deras Badillo, Diana Patricia Viviescas Vargas y Luis Alcayde Barranco.



## Fuentes consultadas

Cerqueira N., Conti C., De la Torre A. e Ippolito-Shepherd J. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. [consultado 2011 noviembre 2012]. Disponible en: [www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/cerqueira.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/cerqueira.pdf).

Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense de la promoción de la salud. Una antología. Publicación Científica de OPS 1996: 557:3-5.

McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis, The Nuffield Provincial Hospitals Trust/Blackwell, ford. 1976. pp. 158-160,178-180 [consultado 2011 noviembre 11]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud: hacia una mayor equidad. México,2000. [consultado 2011 diciembre 15]. DF. 2000. Disponible en [www.paho.org/spanish/ad/sde/hs/mexdec2000.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/sde/hs/mexdec2000.pdf).

Santos-Burgoa C., Rodríguez-Cabrera L., Rivero L., Ochoa J., Stanford A, Latinovic et al. Implementation of Mexico’s Health Promotion Operational Model. *Prev Chronic Dis* 2009;6(1):1-5.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México 2001.

Secretaría de Salud de México. Programa de acción específico 2007-2012:

Promoción de la salud una nueva cultura. México DF. 2007.

Sigerist H. Los modelos cambiantes de la atención médica. En: *Hitos en la historia de la salud pública*. Siglo XXI editores. Quinta edición. México DF. 1998:85-90.

Evaluación de resultados de la capacitación en  
promoción de la salud para personal institucional de  
los servicios estatales de salud  
en sus fases 2007 y 2008

RESUMEN • EJECUTIVO

Se terminó en marzo de 2012  
La edición consta de 1000 ejemplares